

NOTIFICACION DE ACCION APROBACION BASICA

CONDADO DE _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY
CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

Fecha de la notificación : _____
Nombre del caso : _____
Número : _____
Nombre del trabajador : _____
Número : _____
Teléfono : _____
Dirección : _____

(ADDRESSEE)

┌

└

┌

└

¿Tiene preguntas? Comuníquese con su trabajador.

Audiencia con el estado: Si usted cree que esta acción está equivocada, puede solicitar una audiencia. En el reverso de esta hoja, se le explica cómo solicitarla. Sus beneficios no cambiarán si usted solicita una audiencia antes que esta acción entre en vigor.

El Condado ha aprobado los beneficios del Programa de Pagos de Asistencia para Parientes que Son los Tutores Legales de un Menor (Kin-GAP) y el Medi-Cal (Programa de Asistencia Médica de California) para _____.

El pago de asistencia monetaria de Kin-GAP correspondiente a su primer mes de asistencia es de \$_____.

Su primer día de asistencia monetaria de Kin-GAP es _____. Su primer día de Medi-Cal es el primer día del mes en que usted solicitó asistencia o reunió todos los requisitos de elegibilidad.

- El pago de asistencia monetaria de Kin-GAP para su primer mes de asistencia es solamente para una parte de un mes. Corresponde al tiempo comenzando en su primer día de asistencia monetaria, que se muestra arriba, hasta el fin del mes. Si nada cambia, la asistencia monetaria correspondiente al próximo mes, será para un mes completo.

La cantidad mensual de su asistencia Kin-GAP se calcula en la siguiente columna.

Tarjetas de Medi-Cal: Dentro de poco tiempo recibirá por correo tarjetas de plástico de identificación de beneficios para cada persona que reúna los requisitos. Lleve la(s) tarjeta(s) a su proveedor médico cuando necesite cuidado médico. **NO TIRE SUS TARJETAS.** Serán válidas mientras que continúe recibiendo Medi-Cal.

INFORMACION SOLO PARA USO DEL TRABAJADOR
INSTRUCCIONES: Use to approve Kin-GAP and Medi-Cal.